|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN** | **CÓDIGO: EYA-R-11**  **VERSIÓN: 08**  **APROBADO:21/10/19**  **PÁGINA 1 DE 1** |
| **FORMATO DE SOLICITUD HISTORIA CLINICA PERSONA AUTORIZADA** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fecha de solicitud: Día\_\_\_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con documento de identidad No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(nombre del autorizado)*  estoy AUTORIZADO para reclamar (Marque con una x la opción):  Historia clínica \_\_\_\_\_ Otro (ordenes, incapacidades, etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del:  Nombre del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No. Identificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  La persona autorizada se compromete a que la información de mi Historia Clínica será usada para:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | |
| **ANEXAR FOTOCOPIAS LEGIBLES DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS**  Carta de solicitud.  \* Documento de identificación del autorizado  \* Documento de identificación del paciente  *\*Documentos obligatorios* | | | |
| **AUTORIZACIÓN**  *Teniendo en cuenta que las historias clínicas contienen información confidencial y sensible se advierte a quienes las consultan o descargan que, asumen la obligación de dar a la información que reciben el buen uso que la ley señala y se comprometen a preservar la debida confidencialidad y reserva”.*  *Recuerde que la información que ingrese debe ser veraz para garantizar el trámite, en caso contrario la responsabilidad en la que se incurra recaerá sobre el usuario.*  *Autorizo de manera voluntaria, previa, explicita, informada e inequívoca al HUSI para tratar mis datos personales de acuerdo con su Política de Tratamiento de Datos Personales y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines asistenciales, legales contractuales, comerciales, de investigación y académicos descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales del HUSI disponible en : https://www.husi.org.co/documents/10180/13387446/POLITICA+DE+DATOS+HOSPITAL+UNIVERSITARIO+SAN+IGNACIO.pdf/54c5c5cd-49f8-485f-8fdc-0cb9bbb2e5a9* | | | |
| **Firma del autorizado:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **No. Cédula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Teléfono de Contacto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **Firma del paciente:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **No. Cédula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Teléfono de Contacto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **CANAL DE ENTREGA (Marque con una x las opciones deseadas)**  *El costo de la impresión es $200 por hoja. El costo del CD-ROM es de $9000. El envío por correo electrónico es gratuito* | | | |
| **CD-ROM** | **Impresa** | | **Correo electrónico** |
| *Solicito y autorizo que la historia clínica, sea enviada a través del siguiente correo electrónico*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Certifico que soy el titular de la cuenta de correo y me responsabilizo de la custodia de la historia clínica*  *(*Diligenciar este campo de manera legible y completa) | | | |
| ***Instructivo de Diligenciamiento***   * *Se entiende por persona autorizada, toda aquella a la que el paciente le ha delegado la responsabilidad de reclamar información de su historia clínica.* * *Este formato lo encontrará en la Ventanilla de Estadistica, en la oficina de Atención al usuario ubicadas en el primer piso del Hospital o en la página web del HUSI.* * *Puede diligenciar este formato en computador o a mano. Tenga presente que es indispensable contar con la firma del autorizado y del paciente.* * *Una vez diligenciado el formato, escanearlo y enviarlo al correo electrónico* [*estadisticahusi@husi.org.co*](mailto:estadisticahusi@husi.org.co) *junto con los documentos requeridos según el caso o entregar toda la documentación en la ventanilla de Estadística.* | | | |